ROK III.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

REDAGOWANE I WYDAWANE
przez
Dra J. K. Wiktora
we Lwowie.

Zeszyt czternasty.

(Za Sierpień 1889 — wydany we Wrześniu).

SPIS RZECZY.

LWÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ
pod zarządem Stanisława Baylego.
1889.

Rok III. Lwów w Sierpniu 1889. Nr. 14.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 50 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich" we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi, uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 cnt. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

CHOROBY ZAKAŹNE we LWOWIE.

Podał

Dr. A. PAWLIKOWSKI,

Fizyk król. stoł. m. Lwowa.

(Ciąg dalszy).

VI. Dur brzuszny.

(Typhus abdominalis)

według miesięcy i okręgów sanitarnych.

Miesiąc	I.	II.	III.	IV.	V.	VI	VII.	Obcy		Razem
Styczeń .	—	—	—	1	—	1	1	2	obcy w szpitalu	5
Luty . .	—	2	1	—	2	2	2	4	" " "	13
Marzec .	—	1	—	—	1	—	2	1	" " "	5
Kwiecień .	—	3	—	1	2	1	2	4	" " "	13
Maj . .	—	1	—	2	—	—	1	2	" " "	6
Czerwiec .	—	1	2	1	2	—	2	2	" " "	10
Lipiec . .	1	—	2	—	1	—	3	4	" " "	11
Sierpień .	4	1	—	2	—	—	2	6	" " "	15
Wrzesień .	2	1	1	2	2	5	3	3	" " "	19
Październik	—	10	1	1	4	2	1	4	" " "	23
Listopad .	4	1	—	3	2	1	—	1	obcy z Rymanowa	12
Grudzień .	2	1	—	—	—	5	2	11	" w szpitalu	21
Razem	13	22	7	13	16	17	21	44		153

Według pór roku.

W zimie zachorowało osób . 39 W lecie zachorowało osób . 36
Na wiosnę " " . 24 W jesieni " " . 54

Zachorowało według płci:

Mężczyzn 91, kobiet 46, dzieci 16.

Według wieku.

0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9-10	10-15	15-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-X
1	—	—	1	1	3	2	2	—	4	8	21	48	35	17	7	3

Według zatrudnienia.

Aresztantów . .	5	Przekupek . . .	1
Architektów . .	2	Piekarzy . . .	1
Bez zajęcia . . .	32	Pompierów-strażników	1
Blacharzy . . .	1	Rzeźników . . .	1
Handełesów . . .	3	Szewców . . .	2
Kowali i ślusarzy	2	Studentów . . .	3
Kelnerów . . .	1	Stróżów domu . .	3
Księży	2	Sług	14
Krawców . . .	1	Stelmachów i stolarzy	3
Kupców	1	Urzędników . .	8
Literatów . . .	1	Właścicieli domów	1
Murarzy i kamieniarzy	1	Zarobników . .	43
Nauczycieli . . .	2	Żołnierzy . . .	18

Według okręgów, ulic i domów.

I. Okręg sanitarny.

Pl. Benedyktyński Nr. 1, 1 przyp.
Ul. Bożnicza Nr. 8 . . 1 „
Koszary Wernera . . 2 „
Ul. Korytna Nr. 11 . . 2 „
„ Misyonarska Nr. 6 . 1 „
Ul. Owocowa Nr. 12 . 1 przyp.
„ Pełtewna Nr. 6 . . 2 „
„ Zamkowa Nr. 4 . 1 „
„ Zamarstynowska 12, 1 „
„ Żółkiewska Nr. 101, 1 „

II. Okręg sanitarny.

Ul. Czarneckiego Nr. 26, 2 przyp.
Czerwony Klasztor — 1 „
Ul. Kopalna Nr. 4 . . 2 „
„ Łyczakowska Nr. 6, 1 „
„ „ Nr. 79 i 76 Baraki Pitscha 9 „
Ul. Mączna Nr. 3 . . 1 przyp.
„ Piekarska Nr. 45 . 2 „
„ Teatyńska Nr. 3 . 1 „
„ św. Wojciecha Nr. 12 1 „
„ Żulińskiego Nr. 13 2 „

III. Okręg sanitarny.

Ul. Akademicka Nr. 17,	1 przyp.	Droga Siechowska .	1 przyp.
„ Jabłonowskich, baraki	1 „	Ul. Stryjska Nr. 29 .	1 „
Park Stryjski Nr. 1 .	1 „	„ Zielona Nr. 19 . .	1 „
Ul. Kochanowskiego 74,	1 „		

IV. Okręg sanitarny.

Ul. Chorążczyzny Nr. 11,	2 przyp.	Ul. Kalecza Nr. 8 . .	2 przyp.
„ „ „ 13,	2 „	„ Ossolińskich Nr. 4,	2 „
„ „ „ 22,	2 „	„ Wulka Nr. 6 . . .	3 „

V. Okręg sanitarny.

Areszta miejskie . . .	5 przyp.	Ul. Sapiehy Nr. 53 . .	1 przyp.
Ul. Gródecka Nr. 5 . .	1 „	„ Szeptyckiego Nr. 22	1 „
„ „ „ 69 . .	1 „	„ Sykstuska Nr. 30 .	1 „
„ Kopernika Nr. 4 .	1 „	„ „ „ 36 .	1 „
„ Krasickich Nr. 11 .	1 „	„ „ „ 46 .	2 „
„ św. Michała Nr. 6 .	1 „		

VI. Okręg sanitarny.

Bogdanówka Nr. 8 . .	2 przyp.	Ul. Kołłątaja Nr. 5 . .	1 przyp.
Ul. Janowska Nr. 25 .	2 „	„ Kościopalna Nr. 4 .	2 „
„ „ „ 32 .	2 „	„ Szpitalna Nr. 35 .	1 „
Baraki	3 „	„ Źródlana Nr. 46 .	2 „
Ul. Kazimierzowska 14,	2 „		

VII. Okręg sanitarny.

Ul. Blacharska Nr. 9 .	1 przyp.	Pl. Rynek Nr. 14 . .	1 przyp.
„ „ „ 27 .	1 „	„ „ „ 17 . .	1 „
Pl. Dominikański Nr. 2,	2 „	„ „ „ 23 . .	1 „
„ Gołuchowskich Nr. 9,	1 „	„ Serbska Nr. 3 . .	1 „
„ Krakowski Nr. 23 .	1 „	„ Skarbkowska Nr. 16,	1 „
„ „ „ 29 .	1 „	„ „ „ 18,	1 „
Ul. Krakowska Nr. 9 .	1 „	„ „ „ 31,	1 „
Pl. Maryacki Nr. 6 . .	1 „	„ „ „ 33,	1 „
Ul. Ruska Nr. 7 . .	1 „	„ Wekslarska Nr. 10,	1 „
„ „ „ 10 . .	1 „	„ „ „ 15.	1 „

Dur brzuszny należy zaliczyć do chorób stale utrzymujących się we Lwowie a przyczyną jego są ujemne stosunki zdrowotne, o których wyżej była mowa. Rok ubiegły wykazuje najmniejszą cyfrę chorych 109, jaką od lat 10 stwierdzić można. Największa cyfra chorych przypada na koniec lata, na jesień i zimę, a najmniejsza na wiosnę, co się

*

zgadza ze spostrzeżeniami, czynionemi i w innych miastach. W wieku życia od 20—40 lat zapada najwięcej osób na dur, a według zatrudnienia największy udział biorą zarobnicy, osoby bez zajęcia a raczej chorzy w szpitalach, o których zatrudnieniu Dyrekcyje nie podawały wiadomości, wreszcie sługi i żołnierze.

Ze załączonych wykazów okazuje się także, że epidemii domowej nie stwierdzono nigdzie. Wyjątek stanowią tylko letnie baraki pod l. 76 ul. Łyczakowska. w których 1 batalion piechoty, przybyły z Przemyśla, czasowo został umieszczony. W przeciągu 6 tygodni zachorowało tu 8 żołnierzy. Najprawdopodobniej dur brzuszny został zawleczony do baraków.

Baraki letnie tego rodzaju, jak te, o których mowa, nie odpowiadają nigdy wymogom higijenicznym. Zwykle są one przeludnione, sienniki rozłożone na ziemi tuż jeden obok drugiego, w późnej jesieni zimne i wilgotne, a wychodki, jakkolwiek dobrze były urządzone i desinfekcyjonowane, mimo tego, skutkiem przepełnienia niekiedy kiblow, musiały miejscowo zanieczyścić grunt.

Endemia opisana nie przybrała szerszych rozmiarów i wygasła zupełnie, gdyż zaraz z początkiem listopada baraki zostały opróżnione a batalion umieszczony w nowych stałych barakach. Zaznaczyć jeszcze należy, że obok baraków są koszary kawalerzyckie, a w tych ani jeden przypadek duru się nie pokazał. Fakt ten wyklucza zanieczyszczenie studzien miejscowych i używanej z nich wody do picia, jako przyczyny powstania endemii, gdyż w razie zanieczyszczenia wody do picia, byłby dur wystąpił nietylko w barakach, ale i w przyległych koszarach.

Śmiertelność
według miesięcy i okręgów sanitarnych.

Miesiąc	I	II	III	IV	V	VI	VII	Szpital	płci męzkiej	płci żeńskiej	Razem
Styczeń . .	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2
Luty . . .	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	4
Marzec . .	—		—	—	—	—	—	1	—	1	1
Kwiecień .	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	3
Maj . . .	—	—	—	—	—	—	1	2	2	1	3
Czerwiec . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Lipiec . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
Sierpień . .	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	3
Wrzesień .	1	—	—	—	—	—	—	4	2	3	5
Październik .	—	—	—	1	1	—	—	4	6	—	6
Listopad . .	—	—	—	1	—	—	—	2	2	1	3
Grudzień .	—	—	—	—	—	—	—	6	4	2	6
Razem .	1	—	—	2	1	—	1	33	26	12	38

Zmarło według pór roku:

Na wiosnę 7 osób. W jesieni 14 osób.
W lecie 5 „ „ zimie 12 „

Zmarło według płci:

Mężczyzn . . . 24, kobiet . . . . 10. dzieci . . . . . 4.

Na 38 przypadków śmierci z duru brzuszn.: przypada na szpitale . 33. a na domy prywatne . 5.

Na 38 osób zmarłych było 14 obcych.

Na 100 ogólnej liczby zmarłych, przypada 0·67 zmarłych skutkiem duru brzusznego a na 10,000 mieszkańców umarło 1·96.

Środki ochronne przeciw durowi brzusznemu.

We wszystkich wiadomych przypadkach, przeprowadzono z urzędu desinfekcyję wydzielin chorego, desinfekcyję pościeli, bielizny i sukien, a bezwzględnie w każdym domu czyszczono dół kloaczny i odrażano wychodki mocniejszym płynem desinfekcyjnym. W barakach zarządzono codzienny wywóz nieczystości z wychodków i desinfekcyję tychże.

VII. Dur plamisty

(Tyhpus exanthematicus)

według miesięcy i okręgów sanitarnych.

Miesiąc	I	II	III	IV	V	VI	VII	Uwaga	Razem
Styczeń .	—	—	—	—	—	—	—		—
Luty . .	—	—	1	—	—	—	1	2 obcych z tych 1 szupaśnik	4
Marzec .	—	5	—	—	—	2	—	3 obcych	10
Kwiecień .	—	—	—	—	—	1	1	11 „	13
Maj . .	—	—	—	—	—	2	—	2 „	4
Czerwiec .	2	—	1	—	—	—	1	2 „	6
Lipiec . .	1	—	—	—	—	—	—	3 „	4
Sierpień .	—	—	—	—	—	—	—	2 „	2
Wrzesień .	—	—	—	—	—	—		3 „	3
Październik	—	—	—	—	—	—	—	6 obcych w szpitalu leczonych	6
Listopad .	—	—	—	—	—	—	—	1 „ - z Laszek mur 2 - „ z m. niewiad.	3
Grudzień .	—	—	—	—	—	—	1	1 „ z Dobieża, Żółkiew	2
Razem .	3	5	2	—	—	5	4	38	57

Według pór roku przypada:

Na wiosnę 27 chorych. Na jesień 12 chorych.
„ lato 12 „ „ zimę 6 „

Według wieku.

0—1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	6—7	7—8	8—9	9 10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-40	40-50	50 60	60-X
—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	13	19	16	4	-

Na 57 chorych było osób miejscowych 19, obcych 38.

Według płci:

Mężczyzn 46, Kobiet 8, Dzieci 3

Według zatrudnienia:

Aresztantów . . 2	Sług kolejowych . 1
Bez zajęcia . . . 22	Sług 2
Kelnerów . . . 1	Stelmachów i stolarzy 1
Murarzy i kamieniarzy 1	Urzędników . . . 1
Przekupek . . . 1	Woźnych . . . 1
Piekarzy . . . 1	Wałasznik . . . 1
Szewców 2	Zarobników . . . 20

Według okręgów, ulic i domów.

I. Okręg sanitarny.

Ul. Panieńska Nr. 25 . 1 przyp.
„ Zborowskich Nr. 11, 1 „
Ul. Spadzista Nr. 1 . . 1 przyp.

II. Okręg sanitarny.

Gmach Namiestnictwa . 1 przyp.
Szpital S. S. Miłosierdzia 4 przyp.

III. Okręg sanitarny.

Ul. Zielona Nr. 00 . . 1 przyp.
Ul. Snopkowska Nr. 1 1 przyp.

VI. Okręg sanitarny.

Bogdanówka Nr. 3 . . 1 przyp.
Ul. Gródecka Nr. 60 . 1 „
Ul. Kotlarska Nr. 5 . 2 przyp.
„ Szpitalna, Nr. 23 . 1 „

VII. Okręg sanitarny.

Ul. Wałowa Nr. 2 . . 1 „
Pl. Rynek Nr. 9 . . 1 „
Ul. Osolińskich, Nr. 19, 1 przyp.
„ Zacerkiewna Nr. 3, 1 „

19 przypadków duru plamistego w ciągu całego roku, należy uważać jako sporadyczne, nie powstałe skutkiem miejscowych warunków, ale zawleczone ze wschodnich powiatów kraju, gdzie, jak wiadomo, nagminnie panował. W lutym zachorował najpierw kasyjer, zamieszkały na zielonej górze i Dąbr. w ulicy Wałowej. W marcu palacz z kolei Karola Ludwika i woźny c. k. Namiestnictwa, w kwietniu kelner w ul. Gródeckiej (l. 60), w maju 2 dzieci w domu l. 5 ulica Kotlarska, w czerwcu zarobnik na Snopkowie i szewc Am. w rynku a w lipcu szewc w ul. Spadzistej. Czas, w którym wyliczeni chorzy zapadli na tyfus i miejsce ich zamieszkania, wskazują, że między chorymi nie było żadnej styczności, że nie zarazili się jeden od drugiego i że miejscowe ujemne czynniki zdrowotne nie wytworzyły choroby, gdyż (prócz domu l. 5 Kotlarska) wszędzie tylko były pojedyncze przypadki. Dwoje dzieci w domu l. 5 ul. Kotlarska zachorowały niewątpliwie skutkiem zawleczenia zarazka przez osoby obce Doświadczenie wielu uczonych stwierdziło, że dur plamisty jest chorobą wiosenną, co i u nas ma miejsce, gdyż jak wykazałem, najwięcej chorych było na wiosnę. Wykaz nasz według zatrudnienia uczy, że osoby mające największą styczność w życiu społecznem z osobami drugiemi, są narażone najwięcej na zarażenie się tą chorobą.

Śmiertelność
według miesięcy, okręgów i płci.

Miesiąc	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	Szpital	płci męzkiej	płci żeńskiej	Razem
Styczeń	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luty	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
Marzec	—	—	—	—	.	—	—	2	1	1	2
Kwiecień	—	—	—	—	—	—	1	2	2	1	3
Maj	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwiec	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	2
Lipiec	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierpień	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Wrzesień	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
Październik	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
Listopad	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	3
Grudzień	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Razem	—	—	—	—	—	—	2	11	11	2	13

Umarło na dur plamisty:

Mężczyzn 11, kobiet 2, z dzieci żadne.

W liczbie 13 zmarłych było, miejscowych 4 osób a obcych 9.

W szpitalach umarło 11 osób a w domach prywatnych 2.

Na 100 zmarłych w ogóle, przypada na dur plamisty 0·11, a na 10,000 mieszkańców umarło 0·32.

Środki ochronne przeciwko durowi plamistemu.

Chorzy sami ułatwiali zadanie ochrony, udając się natychmiast z początku choroby do szpitali. Tylko 5 chorych leczonych było w domach prywatnych, a w tych odrażono mieszkania chorych, w 2 przypadkach pokój zmarłych, bieliznę, pościel i suknie w aparacie i zaznaczyć należy, że nigdzie, nietylko że nie wytworzyło się ognisko endemii, ale i to zwykle na jednym chorym wygasło.

(*Ciąg dalszy nastąpi*).

O nerwowej niemocy serca[1)]

Neurasthenia cordis.

(HEART STARVATION FOTHERGILL.)

Podał

Dr. W. PISEK

we Lwowie.

Nowoczesna medycyna okazuje dwa prądy chorobliwe, będące wszakże objawem cząstkowym, wspólnym innym objawom badawczego ducha ludzkiego, choć w odmiennej szacie: gorączkowe wyszukiwanie bezustanne nowych metod leczniczych bez dostatecznego załatwiania się z metodami lub środkami dawniejszymi a powtóre tworzenie nowych jednostek chorobowych, nowych chorób rzekomo dotąd nieznanych. Otóż komu nie obce dzieje naszej nauki, ten wie, że często tylko nazwa jest nową, choć zbiór objawów chorobowych, znajdzie wiernie skreślonym w pożółkłych foliantach dawnych autorów. Tak się ma rzecz i z „osłabieniem nerwowem" (Neurasthenia). Choroba ta świetnie ilustrująca sposób życia i nadużycia obecnego społeczeństwa, choroba, którą po mistrzowsku skreślili przed kilkunastu laty *Beard* w Ameryce i *Bouchut*[2)] w Paryżu, uznaną została za chorobę nową, z początku specyficznie amerykańską, właściwą przemysłowcom prowadzącym nad wyraz ruchliwe życie, a później i w Europie napotykaną wśród podobnych warunków.

---

1) Rzecz czytana w Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich dnia 30 kwietnia 1889.

2) 1860. Du nérvosisme et des maladies nerveuses i 1868.

Dziwną istotnie jest rzeczą, że obserwator tak trzeźwy, jak *Ziemssen* w Monachium, uznaje również chorobę tę bez ogródek, jako chorobę naszych czasów, powstałą na tle nowoczesnej walki o byt, wśród której wygórowane wymagania do życia, sprowadzają przedwczesne zużycie się systemu nerwowego a w następstwie cały szereg zboczeń nerwowych, mianem Neurasthenia objętych.[1]) A przecież najmniejszej nie ulega wątpliwości, że choroba ta była i dawniej znaną,[2]) choć co prawda, nie tak częstą, jak dziś, że chorobę tę znali i opisywali *Sydenham* i *Whytt* w przeszłem stuleciu a w naszym wieku *Pougens*, *Brachet* i wielu innych, a z autorów późniejszych, szczególniej francuskich *Sandras*, *Cerise*, *Gillebert*, *d'Hericourt* i niemieckich *Henle*, *Hirsch*, *Wunderlich*, a więc cały szereg znakomitych lekarzy, jak o tem świadczy kilkanaście synonimów. (*Diathèse nerveuse*, *Etat n.*, *Affection vaporeuse*, *Status nervosus*, *Nevralgie generale, qui simule des maladies graves des centres nerveux* [*Valleix*] *i t. d.)*

Przez Neurasthenię rozumiemy obecnie zboczenie czynnościowe całego układu nerwowego, polegające na wzmożonej pobudliwości tegoż i na łatwem nużeniu się, szczególniej układu mięśniowego, czyli jak trafnie Niemcy się wyrażają: „Reizbare-Schwäche“. Przeczulica całego układu nerwowego w różnych postaciach, nadaje chorobie tej swoiste piętno.

Częste i przykre bóle głowy, którym towarzyszy uczucie ucisku, liczne parestezyje i bole wzdłuż kręgosłupa, chwiejne stany innerwacyjne serca, obok szczególnych podmiotowych uczuć, odnoszących się do serca, zawroty, przypadłości ze strony żołądka i jelit, odznaczające się niestałością objawów, raz wilczym głodem, raz brakiem apetytu, przypady ze strony unerwienia narządu płciowego obok zmienności w usposobieniu, oto główne rysy tej choroby. Nadto rozwijają się na tem tle zboczenia poniekąd w dziedzinę psychoz wkraczające, a przecież wcale zboczeniami umysłowemi nie będące, cechujące się obawą i uczuciem lęku w najróżnorodniejszym kierunku, jakoto:

1) *Monophobia* (obawa przed samotnością).
2) *Kleistrophobia* (obawa w mieszkaniu, w zamkniętych ubikacyjach).
3) *Agoraphobia* (lęk gdy chory znajduje się na wolnem miejscu, ulicy).
4) *Antropophobia* (obawa przed ludźmi).
5) *Mysophobia* (obawa przed możliwem zanieczyszczaniem się).
6) *Siderodophobia* (obawa przed błyskawicą)..
7) *Batophobia* (lęk na widok gmachów wielkich).

[1]) Zdanie to wyraża autor w najnowszym swym wykładzie o Neurasthenii (z Sammlung klinisch. Vortr.)

[2]) W Hippokratesie znachodzą się opisy zupełnie odpowiadające dzisiejszej Neurasthenii (Arndt).

8) *Hypopsophobia* (lęk na widok wysokich wież, przestrach gwałtowny przy patrzeniu z nieznacznych już wysokości).
9) *Phobophobia* (lęk przed możliwym napadem „strachu").
10) *Atremia* ([*Neftel*] czyli niemożność chodzenia przy utrzymanej władzy mięśniowej).
11) *Patophobia (Hypochondria)* a wreszcie i
12) *Pantophobia* czyli obawa przed wszystkiem.

Niedziw tedy, że jedni, jak *Beard*, rozróżniają stosownie do objawów przeważających, trzy rodzaje Neurasthenii: *cerebrastenia, myelastenia i neurasthenia cerebrospinalis*; inni znów rozróżniają tyle odmiennych postaci osłabienia nerwowego, ile jest organów w człowieku, a wreszcie są i tacy, którzy uznają tylko jednę jedyną formę Neurasthenii (Ziemsen).

Otóż niektóre postacie Neurasthenii zyskały sobie prawo obywatelstwa w medycynie i uważane bywają jako odrębne choroby, jako choroby nowe. O ile to jest słusznem, to wątpić należy, a korzystnem dla leczenia tem mniej. Z drugiej wszakże strony trudno zaprzeczyć temu, że niektóre postacie Neurasthenii występują tak odrębnie, tak prawie swoisto, objawy są tak ściśle zlokalizowane, powiemy skoncentrowane w jednym organie, że prawie trudno rozeznać wspólne tło neurasteniczne. Otóż to jest geneza chorób znanych jako *naurasthenia sexualis, neurasthenia gastrica*, *neurasthenia enterica i neurasthenia cordis*; Rosenbach nazywa ostatnią: *Die nervöse Schwäche des Herzens — Neurasthenia vaso motoria* — zaś Fothergill: *Irritable heart — Heart starvation*, (nazwa najwięcej rozpowszechniona).

Dziś zastanowimy się nad tą ostatnią, jako nad jedną z tych form osłabienia nerwowego, która obok neur. sex. okazuje najwybitniejsze cechy — a pod względem praktycznym a szczególnie terapeutycznym, jest wielkiej wagi *). Rozchodzi się bowiem bardzo często o wykluczenie choroby sercowej — gdzie tylko istnieje neurasthenia cordis i na odwrót mnożą się przypadki, gdzie początkowe rozpoznanie obejmuje nerwicę — a później występują objawy choroby sercowej. Jestem przekonany, że niejednemu z kolegów leczyć zdarzy się to, co i mnie, że przed laty znane i zbadane wypadki z chorobliwemi objawami sercowemi, z wątpliwem rozpoznaniem wady, zalicza obecnie do nenrasthenia cordis.

---

*) Pomijając literaturę neurasthenii, która dziś wzrosła do znacznych rozmiarów, pisali szczegółowo o nerwowej niemocy serca: *a)* 1881. Milner Fothergill, On Heart starvation. Edinburg. Medicin. Journal, pag. 961. *b)* 1881. Seeligmüller, Ueber Herzschwäche. Tageblatt des Naturforscher-Vereins zu Magdeburg. *c)* 1886. Rosenbach, Ueber nervöse Herzschwäche. Breslauer ärztliche Ztschr. Nr. 15 squ.

Przedewszystkiem zaznaczyć wypada, że neurasthenia cordis, czyli *Fothergilla* „Heart starvation“, nagabuje ludzi w młodszym wieku, bez różnicy płci, jednakże okazujących bądź to dziedziczną skłonność do chorób nerwowych, bądź nabytą skutkiem innych chorób (niedokrewności, gwałtownych wzruszeń psychicznych, albo po przebyciu ciężkich chorób i t. d.) a przeważnie skutkiem życia nieodpowiednego. Oba moje spostrzeżenia z ostatnich miesięcy, dotyczą mężczyzn — jedno kupca a drugie ajenta, ktorych dawniejszy tryb życia przedstawiał bezustanną, natężającą, w silne wstrząśnienia moralne obfitującą pracę umysłową, ciągłe jazdy i załatwiania ważnych interesów wśród niezwykłych trudności — obok braku należytych przerw, braku należytej dyjety — słowem jeden i drugi był iście amerykański businessman. Tacy ludzie dostarczają największego kontyngentu chorobie, o której mówimy. Ważną rolę w etyjologii odgrywają nadużycia płciowe, szczególniej rozdrażnienia niezaspokojone, nadużycia tytoniu, wyskoku, kawy i morfiny, wśród ciągłej wytężającej pracy umysłowej. Niektórzy autorowie stwierdzili neurast. serca szczególniej często u kandydatów do egzaminów, którzy nadmiernie pracując, silną kawą lub herbatą i paleniem tytoniu usuwali potrzebę snu i w ten sposób swe nerwy w ciągłem utrrzymywali rozdrażnieniu. Że pewne rasy są skłonniejsze do neurasthenii w ogóle, a do neurasth. serca w szczególności, jest obecnie rzeczą niewątpliwą — dotyczy to izraelitów, co stwierdza i nasze doświadczenie, a powtóre skłonni są do tej choroby i Rossyjanie, stąd wniosek Ziemssena, że i rasa słowiańska! Sądzę wszakże, że jest to rzeczą więcej przypadkową; i tak, jak neurasthenia nie jest chorobą przeważnie amerykańską, t. j. właściwą rasie anglo-saskiej, tak też ani rasa semicka ani słowiańska nie dostarcza większej ilości chorych li tylko z przyczyny swego pochodzenia. Decydującym tutaj czynnikiem są jedynie wpływy zewnętrzne, a raczej sposób niszczenia swego systemu nerwowego przez poszczególne warstwy społeczne.

Co do objawów, to istnieją pewne różniee między autorami. I tak, podczas gdy jedni stwierdzili istnienie dwóch okresów odrębnych w przebiegu choroby, to inni twierdzą, że objawy obu okresów często nieregularnie i nie w kolejności systematycznej występują, że nie ma okresów, lecz tylko jeden przebieg ciągły, choć nie jednostajny; to ostatnie zdanie zdaje się być prawdziwszem i bardziej rzeczywistości odpowiadającem.

Jednym z najczęstszych i najstalszych objawów, jest podmiotowe „bicie serca“. Chorzy ciągle się skarzą na bicie serca, występujące już to w napadach silnych, przykrych. wśród uczucia gwałtownego ściskania w piersiach, uczucia duszności, często i przeczulicy,

względnie bolesności okolicy serca, albo też stan taki trwa czas dłuższy, bez przerw. Przedmiotowo stanowczo w przeważnej ilości przypadków nie stwierdzamy bicia serca, t. j. wzmożonej akcyi serca!

Jeden z moich chorych, nader inteligentny człowiek, były medyk, znający tę różnicę, opisywał mi swój stan słowami: nie czuję bicia serca, lecz czuję, że serce bije, kołata! Inni chorzy powiadają, że im serce drga (ein Herzflattern), jak jedna z moich chorych się wyrażała; w ogólności dopytywując się, otrzymujemy nawet od osób uważnych i inteligentnych najdziwaczniejsze podania, jakoby serce skakało, przewracało się itd.; wyrażenia te są dosłowne; chorzy — niektórzy nawet bardzo inteligentni, ludzie wykształceni, bez przesady podawali tego rodzaju objawy i z całą stanowczością. Równocześnie występuje podczas napadu silne tętnienie szyjnych tętnic, jak niemniej i głównej tętnicy brzusznej, objawy dające się przedmiotowo stwierdzić. Większa część chorych skarży się podczas napadów tych na istotne bole, umiejscowione w okolicy serca, przeważnie końca serca i przestworów międzyżebrowych w otoczeniu serca. Przeczulica tej okolicy i bóle, występują wszakże w przeważnej części za dotykiem. Cechą również charakterystyczną tych napadów jest często występująca a r y t h m i a ruchów serca, którą chorzy czują, która chorych przeraża, szczególniej gdy występują sekundowe pauzy w ruchach serca. Uczucie ustawania ruchów serca sprowadza u chorych lęk nie opisany i pojawia się nie tylko podczas napadów, ale często i we śnie, z którego chorzy z przestrachem nagle się budzą. Te objawy mogą się potęgować do znacznego stopnia i sprowadzać z czasem zupełną bezsenność. Jeden z moich chorych budził się systematycznie w $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ godz. po zaśnięciu, z uczuciem nadzwyczajnego lęku i ściskania w piersiach i chwytając się mimowoli za okolicę serca stwierdzał zawsze silne bicie tegoż. Objaw ten trwał tygodniami i z matematyczną regularnością nawiedzał chorego, —przypominając mimowoli podobne objawy u dzieci napotykane, od dawna znane, a nazwane przez anglików *Night-terrors*.

Obok uczucia silnego bicia serca, najwięcej przeraża chorych nieopisane uczucie trwogi i lęku — jakby ginąć mieli, podobnie jak przy prawdziwych napadach stenokardyi. Są to wszakże w neurasthenia cordis objawy podmiotowe, polegające jedynie na wadliwej innerwacyi serca, a przedewszystkiem na „przeczulicy dróg nerwowych dośrodkowych“. (Hyperästhesie der centripetalleitenden Nervenbahnen, Rosenbach). Inne objawy nerwowe już nie są tak stałemi cechami. Jedną z najczęstszych jest nagła zmiana temperatury rąk i nóg, które przed chwilą prawie lodowo zimne, nagle okazują znaczne rozgrzanie, prawie rozpalenie, chorym dokuczliwe jako gorąco, jako parzenie. Toż

samo widać i na twarzy bladej przed chwilą a w okamgnieniu oblewającej się szkarłatem, i w dotyku silnie rozgrzanej. Wobec tego jest rzeczą prawie naturalną że chorzy skarżą się na częste zawroty głowy, występujące nieraz bez przyczyny, na nudności, na cierpnięcie rąk i nóg na mrowienie i objawy przeczulicy w różnych częściach ciała, a przedewszystkiem w okolicy serca. Objawy te wszystkie mogą trwać miesiące lecz zwolna mija ten okres podrażnienia, a występuje szereg przypadów znamionujących znużenie nerwowe. Przedewszystkiem gwałtowne objawy bicia serca stają się coraz rzadszemi a w chorym wyradza się ogólna apatyja, obok chwilowej nadzwczajnej przemijającej wrażliwości. Najmniejszy wpływ psychiczny, najlżejsze wrażenie, sprowadza w okamgnieniu przyspieszenie tętna, dość długo się utrzymujące. Takich to chorych zdaje się miał na myśli Traube, gdy radził, aby lekarz dopiero po niejakiem czasie po swem przybyciu badał tętno, a nie zaraz tuż przybywszy do łoża chorego. Rozlane uderzenie końca serca, sercowe tony często niezbyt wyraźne, wzmożone tętnienie tętnic, nie należy brać wtedy za objawy chorobowych zmian organicznych. Są to objawy chwilowe, które po niejakim czasie znikają. W całości jednak chorzy w tym okresie mają tętno bardzo wolne, nieliczne i zwracają sami na to uwagę lekarza. Jeden z moich chorych często przybywał późno wieczorem do mnie, aby mi dać sposobność przekonać się o tem, podług niego, dlań bardzo groźnem zjawisku. Pomimo ruchu, tętno u chorego wynosiło zaledwie 40 i kilka uderzeń Nad ranem stwierdzałem u tego chorego zazwyczaj 48 uderzeń, a w innych porach dnia, gdy chory dobrze się czuł, zazwyczaj 60 uderzeń, ktora to liczba była dla tego chorego stałą, prawidłową. Ta chwiejność tętna, ten wybitny wpływ psychiczny na jakość a przedewszystkiem na ilość tętna, wpływ psychiczny na arythmię serca, jest cechującym dla późniejszego okresu neurasthenii serca. *Tachycardia* wszakże ciągle jeszcze nieraz dokucza choremu, który skarży się na napady bicia serca, choć mniej silne i mniej częste, a przysłuch stwierdza istotnie osłabienie tonów sercowych, wymacanie zaś okazuje, że uderzenie końca serca jest mniej silnem, jak dawniej, a tętno jest mniej napiętem i mniej silnem, objawy świadczące bezsprzecznie o tem, że w ogóle okres podrażnienia minął i ustąpił miejsca zwolnieniu innerwacyi.

Ogólny stan chorych widocznie się pogarsza a wyrazem tego i cera blada. Najmniejsze wrażenie psychiczne lub głośniejszy szmer lub stuk, sprowadza w tej chwili gwałtowne bicie serca lub też chwilowe ustanie tętna, z następowem silnem kołataniem serca. Częste zawroty głowy, brak apetytu i regularnego stolca i częsta potrzeba urynowania, uzupełniają ten obraz chorobowy. *(Ciąg dalszy nastąpi.)*

TERAPIJA CHORÓB SERCA.

Odczyt

Dra GERMAIN SÉE,

Profesora kliniki chorób wewnętrznych w wydziale lekarskim paryzkim.

Miany na posiedzeniach dnia 15. i 22. Stycznia r. b. w Akademii lekarskiej, z okazyi rozprawy przedłożonej przez Dra Bucquoy p. t.: „*Sur l'emploi de strophantus dans les maladies du coeur*“.

Przełożył z rękopisu autora i za jego upoważnieniem drukiem ogłosił

Dr. ZYGMUNT DOBIESZEWSKI,

Lekarz w Marienbadzie i Meranie.

(Ciąg dalszy).

Niedomykalność zastawki aorty. Ale granice tego zadania powinne być dokładnie zakreślone. — Jakie to są zaburzenia, które się zatrzymują w swym rozwoju, jaka jest ich natura i ich pochodzenie? Najpospolitszą ze wszystkich, zwłaszcza w młodośćci, jest niedomykalność zastawek aorty, tj. niezdolność ich płatków do zamknięcia otworu aorty, i do przeszkodzenia przez to cofania się krwi do swego punktu wyjścia, do przedsionka lewego. Jest to cierpienie najmniej przyczyniające się do skrócenia życia. — Komórka prawa zdwaja usiłowania i energiję kurczenia się dla wypchnięcia krwi, przybywającej do niej oczywiście z przedsionka lewego i krwi, która przybywa przez odpływ. Dla podołania tej pracy nadmiernej, włókna mięśnia sercowego zyskują na objętości.

Ponieważ skutkiem swej energii w ten sposób wzmożonej, jama mięśniowa jest w stanie pozbyć się nadmiernej ilości krwi, która powinna przejść swą drogę naturalną, od środka do obwodu, wytwarza się to, co zowiemy wyrównaniem (kompensacyją) czyli akomodacyją mięśnia do przeszkód. Ale za nadejściem chwili, w której mięsień zesłabnie, krew cofa się więcej do swego punktu wypływu, a cofając się przebywa nietylko jamę komórki sercowej, ale nawet jamę przedsionka, i dosięga w ten sposób ostatniego rozgałęzienia żył, zwalniając swój bieg, stagnując (rzec można) coraz bardziej; wtedy to tworzą się opuchliny (*l'oedeme*) coraz wyraźniejsze, wtedy wszystko zaczyna się zaburzać, uleczenie jest już prawie niemożliwe, chociażby choroba przebiegała niespostrzeżenie, albo byla znoszoną bez trudności przez dziesięć, piętnaście, trzydzieści lat.

Znam chorych, którzy przez ćwierć wieku przedstawiali objawy wyraźne niedomykalności aorty, doświadczając zaledwie trudności w oddychaniu *(la dyspnée du travail)*, gdy nagle, skutkiem zajęć fizy-

cznych albo wzruszeń moralnych, lub zaburzeń nerwowych, utracili całkowity spokój lat poprzednich; odtąd chory wchodzi do kategoryi zaburzeń fizycznych i czynnościowych; szmery fizyczne trwają, zaburzenia czynnościowe występują. Otóż, czuję się w obowiązku oświadczyć, że jeżeli zapomocą rad higijenicznych, bardziej nawet niż przez leczenie zbyteczne, udało mi się przedłużać życie chorym na niedomykalność zastawek aorty, to nigdy nie zdołałem wyleczyć ich zupełnie, stanowczo.

Wyleczenie wymaga, jak mniemam, trzech warunków: pierwszy, elementarny, żeby nie było błędu; nierzadko bowiem spostrzegać się daje, że zapalenie osierdzia suche czyli włóknikowe (*plastique*) sprowadza tarcie, jak niedomykalność zastawek aorty.

Przed czterema laty, mocny położyłem nacisk w mym odczycie klinicznym (zob. *Semaine médicale* 1884) na trudności znaczne w odróżnianiu tych dwóch cierpień, z których jedno dotyka tylko powłoki serca, osierdzia i może być uleczone bez pozostawienia śladów; kiedy drugie przeciwnie, bardzo groźne, stawia przeszkody w prawidłowem krążeniu.

Pominąwszy możność omyłki między dwiema temi chorobami, można doznać jeszcze innego zawodu, nazywając uleczeniem zniknięcie charakterystycznego podmuchu, który daje się słyszeć w drugim tonie, tj. podczas napełnienia się krwią serca czyli przy rozkurczu (*diastole*) komórki, na jego podstawie.

Zdaje się, że wszystko jest skończone, skoro ten podmuch przestał być słyszalnym; — tak jednak nie jest! — Często zastępuje go szmer niewyraźny, słaby, który dowodzi osłabienia serca; skoro bowiem tkanka mięśniowa osłabnie, nie jest wstanie komunikować uderzenia fali krwi i nie może sprowadzać podmuchu (*bruit soufflant*). Serce, które było silne i przerosłe, znajduje się na drodze zwyrodnienia; drugi ton, który się dawał słyszeć jako mocny podmuch, dzięki przerostowi organu, przybiera charakter tonu prawidłowego, tylko osłabionego; nie jest to wszakże dowód uleczenia, jest to oznaka prawdopodobna zwyrodnienia włóknikowego i tłuszczowego mięśnia sercowego.

Ażeby objaw ten przedstawiał istotne niebezpieczeństwo, musi mu oczywiście towarzyszyć zaburzenie w czynności, pochodzące z utraty wyrównań (kompensacyi), mianowicie: duszność, opuchlina itp. — Należy tutaj zaznaczyć, że najczęściej podmuch trwa przez cały czas rozkurczu; gdy niedostateczność zastawki aorty pochodzi od gośćca albo przedziurawienia zastawki, wówczas uleczenie nie może być istotnem.

Zwężenie zastawki dwudzielnej. — Istnieje inne cierpienie, którego nie podejrzywano, aby mogło być wyleczalnem; chcę mówić o zwężeniu zastawki dwudzielnej. Przed czterema laty zwrócono uwagę na zwężenie zwykłe (*rétrécissement simple*) zastawki dwudzielnej (komórkowo-przedsionkowej lewej), z powodu interesującej pracy Panny Marshall, napisanej według wskazówki Landouzy'ego, która wykazała częstość tej wady u kobiet — niezależnie od gośćca, tj. od przyczyny zwykłej wady zastawek. To zwężenie, częściej niż to sądzą we Francyi i za granicą, nie ma żadnej łączności z niedomykalnością zastawek, zamykających ten sam otwór i można, jak to opisał Duroziez, nazwać je prostem (*pur*). — Owo zwężenie proste zwróciło mą uwagę z powodu swej częstości u młodych dziewcząt, które wszystkie doświadczają wielkiej trudności w oddychaniu, duszności (*dyspnée*), którą się odnosi w ogólności do zubożenia krwi w kulki czyli raczej w hemoglobinę oddechową. — Otóż, w wielu przypadkach blednica zostaje uleczoną; szmery, które się rozciągają aż do naczyń szyi, znikają, a jednak duszność trwa czas mniej lub więcej długi, z podmuchem rozkurczowym w otworze zastawki dwudzielnej. Może się nawet zdarzyć, że to zwężenie staje się groźnem do tego stopnia, że występuje opuchlina odnóg dolnych. Otóż, jak mi to napisał przed dwudziestu trzema laty jeden z naszych największych lekarzy, Andral, z powodu swego pierwszego dzieła o niedokrewności, blednica powoduje opuchlinę tylko wtedy, jeśli istnieją przy niej powikłania; i otóż — to jest powikłanie: wada serca, o której mówimy; po raz pierwszy przed dwoma laty ją rozpoznałem, i zanotowałem w rozprawie jednego z mych uczniów, i odtąd spostrzegam ją w wielkiej liczbie przypadków (zob. moje dzieło o żywieniu: dyjeta przy chorobach serca).

Zwężenie istnieje często, chociaż się chory nie skarży na najmniejsze zboczenie, nawet w oddychaniu, a jednak przy osłuchiwaniu dostrzega się na wierzchołku serca szmer, który poprzedza kurczenie się lewej komórki i który zdaje się odnosić do kurczenia się lewego przedsionka; stąd to pochodzi ów szmer rozkurczowy, spostrzegany przezemnie przez tygodnie i lata; poczem szmer ten znika, nie pozostawiając po sobie śladów.

Otóż ta wada może się wyleczyć u młodych dziewcząt, i ona to jedynie jest uleczalną z cierpień należących do tej kategoryi.

Gdy takowa istnieje w starszym wieku, a zwłaszcza u mężczyzn, uważam ją zawsze za cierpienie bez porównania mniej groźne, niż niedomykalność zastawki dwudzielnej; pod tym względem, jednym z najważniejszych, zgadzam się najzupełniej z kolegą Bucquoy, znakomitym badaczem, a stanowczo się różnią z angielskimi i niemieckimi

kolegami (zob. sprawozdania ze zjazdów lekarskich w Brighton, zobacz prace Riegel'a, Rosenbach'a itd.), którzy uważają zwężenie zastawki dwudzielnej za najniebezpieczniejsze ze wszystkich chorób serca, a niedomykalność tejże za uleczalną. — Nie potrzebuję więcej na to dowodów, jak przypadek bardzo zadziwiający, który się zdarzył właśnie ostatniemi dniami w mojej klinice. — Czterdziestoletnia kobieta weszła do szpitala Hotel-Dieu z powodu gośćca, niezbyt rozwiniętego, na nic się zresztą nie skarżąc. — Jakież było moje zdziwienie, gdy badając jej serce prawie tylko dla zaspokojenia sumienia, rozpoznałem najbardziej typowe zwężenie zastawki dwudzielnej, ze swym podmuchem perisistolicznym (*peristolique*) tak cechującym, i żadnego zresztą zboczenia w zdrowiu. — Dowiedziałem się wtedy, badając tę kobietę, że cierpi na tę chorobę od lat dziesięciu, nie będąc zniewoloną przerywać swych zajęć i choroba ta została rozpoznaną przez lekarza kompetentnego, mianowicie przez kolegę Bucquoya.

Z tego przypadku, jak z wielu innych podobnych zupełnie, wyprowadzam najważniejsze wnioski co do zastosowywania środków lekarkich w podobnych razach; łatwo bardzo w podobnych wypadkach zachwalać jakieś lekarstwo, i lękam się bardzo, czy większa część spostrzeżeń wad zastawek, przytoczonych przez Bucquoya, i leczonych zapomocą strophantus, nie odnosi się właśnie do tych zwężeń prostych (*pur*) i czy tu nie zachodzi istotnie nieporozumienie. Zauważyłem w spostrzeżeniach ogłaszanych w Niemczech, co do skuteczności strophantus, tę samą przewagę zwężeń zastawki dwudzielnej, tak, że robię tu najwyraźniejsze zastrzeżenia co do wniosków z nich wyprowadzanych.

Niedomykalność zastawki dwudzielnej. — Zwyrodnienie serca włóknikowe. — Choroby serca, oznaczone pod tem podwójnem mianem, są istotnie najtrudniejsze do powstrzymania w swym przebiegu wzrastającym i prawie zawsze fatalnym. Skoro zastawka dwudzielna stanie się niezdolną do zamknięcia otworu komórkowo przedsionkowego, krew odpływa do przedsionka lewego, a stamtąd do wszystkich naczyń płucnych, tak, że w tym razie prawa połowa serca musi walczyć przeciwko owej masie płynu, który ją napełnia, i z tej przyczyny komórka prawa musi podledz przerostowi. — Ale komórka ta posiada ściany słabe i cienkie, nie jest więc wstanie długo walczyć z takiemi przeszkodami, i zamiast podledz prawdziwemu przerostowi, ona się rozszerza i zwyradnia. — Odtąd zastoiny krwi tworzą się w płucach, a potem w całym układzie żylnym obwodowym; stąd powstają obrzmienia, a nawet opuchlina, z całym szeregiem objawów, które oznaczamy nazwą: asystolie i które nie są niczem innem, jak zakoń-

czeniem okresu wyrównananiа (*compensatio*) i początkiem okresu zaburzeń; w tych to przypadkach strophantus ma pretensyję odnosić tryumfy; gdyby tak było, oddałby największe usługi oddalając chwilę niebezpieczeństwa, albowiem (na szczęście) nigdy nie miał pretensyi uleczenia samego zaburzenia pierwiastkowego, czyli samej choroby zasadniczej.

Zwyrodnienie włóknikowe (*dégénérescences fibreuses*), bez wad zastawkowych, prędko prowadzą do owego okresu ostatecznych zaburzeń, w których mięsień sercowy stał się niezdolnym, dłużej już nie regulować, ale nawet dostatecznie podtrzymywać życie. Tu strophantus okazał się nie wystarczającym, jak zresztą wszędzie. Bucquoy na próżno utrzymuje, iż on jest kamieniem probierczym stanu mięśnia sercowego i przepisuje go na chybił trafił; ale wówczas na jakiej zasadzie? — Zapewne o tyle o ile on jest krzepiącym lekiem dla mięśnia sercowego (tonicardiaque); dlaczegóż wtedy nie przepisać samej strofantyny, której działanie fizyjologiczne jest przy najmniej jasno dowiedzione przez moje dochodzenia wspólnie przeprowadzone z Gley'em, podczas kiedy nikt nie mógł i nie umiał niczego dokonać z nalewką i wyciągiem strophantus, przetworami nie nadającemi się do usług fizyjologicznych.

Zapalenie serca i tętnic (Cardioartérie). — Skostnienie naczyń wieńcowych serca (Sclérose coronaire). — Dusznica bolesna (Angine vraie de poitrine). — Przybywamy do rozpatrzenia najcięższego zaburzenia, na które często nie ma ratunku; mam zamiar mówić o zapaleniu naczyń wieńcowych zwyczajnem (l'arterie coronaire commune) i o zapaleniu naczyń wieńcowych z dusznicą (l'arterie coronaire angineuse).

Zanim przystąpimy do tego przedmiotu, należy nam opisać choroby serca pochodzenia tętniczego, a raczej przerosty komórki lewej, rozwijające się wskutek sklerozy tętnic obwodowych i przewlekłych cierpień nerek. W tych przypadkach, rozwija się w przebiegu układu tętniczego, i skutkiem zwyrodnienia jego błon, zwłaszcza skutkiem zajęcia błony środkowej czyli sprężystej (elastycznej) tętnic i zwężenia światła naczynia, cały szereg przeszkód w krążeniu; przeciwko tym właśnie przeszkodom walczy komórka lewa, i podczas tej zwiększonej pracy przerasta; ale ten przerost, który przez czas dłuższy lub krótszy przezwycięża przeszkody rozsiane w przebiegu naczyń krwionośnych, kończy się wyczerpaniem swej czynności, a mięsień zwyrodnieniem włóknikowem; w tych to przypadkach jeszcze jest możliwem, zapomocą strophantyny, a nawet może samego strophantus,

otrzymać podniesienie tętna i siły serca. Pod tym względem, nie ma powodu czynić rozróżnień między chorobami o zmniejszonem ciśnieniu tętniczem, jak to ma miejsce przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, a zaburzeniami o podniesionem ciśnieniu, co zresztą nigdy prawie niemożliwe jest do wykazania zapomocą narzędzi do dziś używanych, a szczególniej zapomocą sphygmografu, który wyobraża tylko kształt tętna (tracé du pouls — l'imago du pouls), nie przedawiając bynajmniej ciśnienia tętniczego, jak to dokładnie wykazał przed dwudziestu laty przyjaciel i uczeń M a r e y'a.

Wspólne zapalenie naczyń wieńcowych serca (Artérie coronaire commune). Pomiędzy zapaleniami tętnic jest jedno niezmiernie ważne, jest to zapalenie tętnic właściwych serca, czyli tętnic wieńcowych. Skostnienie (sclerose) tętnic wieńcowych powoduje w odżywianiu serca zboczenia najgroźniejsze i najliczniejsze, mianowicie: stłuszczenie serca i jego zwyrodnienie włókniste (fibreuse), a we wszystkich przypadkach, niedokrwistość bardzo znaczną, pewien stopień krwi upustu, przychodzący do skutku przez zamknięcie, a co najmniej przez zwężenie światła, przez zwyrodnienie włókniste, tłuszczowe albo nawet zwapnienie tętnic wieńcowych.

Rzeczywista dusznica bolesna (Angine véritable de poitrine). Skoro krew przestaje odżywiać dostatecznie mięsień serca, powstaje cały szereg przypadłości groźnych, tak często śmiertelnych, które opisują pod nazwą dusznicy bolesnej (*l'angine de poitrine*). Przez swą nieustającą czynność, krew tętnic wieńcowych zaopatruje cały organizm, wszystkie czynności serca, a przez to panuje nad życiem naszem.

Ze wszystkich naszych organów, tylko jedno serce nie znosi bezkarnie braku krwi czyli tlenu; zatem skostnienie (sclerose) tętnic wieńcowych, jeśli nie upośledza całego odżywiania mięśnia sercowego i nie zwyrodnia tego organu, powoduje napady dusznicy bolesnej.

Dosyć się rzekło, aby wiedzieć, co rozumiemy przez tę nazwę, która, według mego doświadczenia, powinna być odtąd równoznaczną z z a p a l e n i e m t ę t n i c w i e ń c o w y c h. — W r. 1875 ogłosiłem w *Journal des Connaissances médicales* (C a f f e g o i C o r n i l'a) pierwsze spotrzeżenie, dowodzące najdobitniej jednoznaczności napadów dusznicy bolesnej ze skostnieniem (sclerose) tętnic wieńcowych. — W r. 1879, całkowite pojęcie o tej chorobie zostało przedstawione w mojem dziele o chorobach serca. — Nikt jeszcze nie dowiódł tej przyczyny dusznicy, tej zmiany anatomo-patologicznej w tętnicach wieńcowych, która, chociaż opisana przed wiekiem przez P a r r y'e g o, pod

fałszywem i wyłącznem nazwiskiem skostnienia (ossification) tętnic wieńcowych, została nietylko zapomnianą, ale jeszcze gwałtownie zwalczaną przez wszystkich zwolenników niezliczonych teoryj nerwowych dusznicy bolesnej. — Dziś fakta przygnębiają swą jasnością i nie pozostawiają wątpliwości co do pochodzenia (niekiedy aortowego) dusznicy bolesnej prawdziwej, jedynie możliwej do przyjęcia przy dzisiejszym stanie nauki.

W pracy bardzo sumiennej o dusznicy bolesnej, w której oświadcza stanowczo, że podziela moje zdanie, wobec przypadku zmian w tętnicach wieńcowych, dostarczonego do mej kliniki w Hotel-Dieu w 1883 r., Huchard zbadał starannie, obok dusznicy bolesnej wieńcowej, jedynie istotnej i takie, które nazywa fałszywemi; wyraz zdaje się być użyty szczęśliwie do oznaczenia wszystkich przypadłości podobnych do dusznicy bolesnej, a odnosić się mogących do stanów nerwowych lub do otrucia, po za wszelkiemi zmianami w naczyniach. O ile przyjmuję z przeświadczeniem cały opis zapaleń dusznicowych (angineuses) tętnic wieńcowych, zawarty w pierwszej części dzieła Huchard'a, o tyle podaję w wątpliwość owe dusznice pozorne Bucquoy-Huchard, z bardzo prostego powodu, że w nich nie chodzi bynajmniej o dusznicę, ale o szereg przypadłości, odznaczających się właściwemi sobie cechami, a różniących się zupełnie od dusznicy anatomicznej; dowiodę tego w mem przyszłem dziele o chorobach serca, proponując dla tych objawów nazwę *cardial algics*, która ma dowodzić, że wszystko odnosi się do bólu a nie mieści się w pierwiastkach mięśniowo tętniczych.

Różnicę tę bardzo wybitnie wykazać należy nadewszystko w dyskussyi obecnej. — Kolega Bucquoy, pomiędzy 32 przypadkami chorób serca, leczonemi powiększej części z polepszeniem (z wyjątkiem trzech) przez strophantus, liczy trzy przypadki dusznicy bolesnej, uleczonej. Podobne zdanie ze strony badacza tak znacznej powagi, zdziwiło mię do tego stopnia, że mogę je sobie tylko objaśnić owem pomieszaniem pojęć między dusznicą istotną a cardialgiją, i postaram się tego dowieść.

W tych trzech spostrzeżeniach, opisany jest istotnie przypadek bólu sercowego zwyczajnego, ale rozległego, u pewnego mężczyzny młodego, mniej lub więcej dotkniętego cierpieniem nerwowem; w drugim przypadku jest mowa o innym, także młodym podagrycznym chorym, również uleczonym. Otóż wi adomo, że *arterio-sclerosis* nieistnieje w młodym wieku, jeśli osobnik nie przebywał syfilis. — Co do pierwszego przypadku, Bucquoy przyznaje, że to była dusznica wrzekoma (*une fausse angine*); co do drugiego, nie wiem, jakie jest jego zdanie ale przyjmuję znowu wrzekomą dusznicę, tj. cardialgiję. — Otóż

mam prawo stanowczo zaprzeczyć działania strophantus w dusznicy bolesnej; nawet zachodzę dalej, — u dwóch chorych w moim oddziale, strophantus pogorszył objawy dusznicy. Co do trzeciego przypadku, który się odnosi do pewnego lekarza, cierpiał on na zapalenie tętnic wieńcowych ze zwyrodnieniem serca, ale nie doświadczał nawet śladów dusznicy, ten uzyskał poprawę, ale to jest wszystko, czego oczekiwać można w przypadku tak ciężkim, ale bez dusznicy.

Na tem się kończy historyja różnych chorób serca, uleczalność i długotrwałość jednych, lub przeciwnie ciężkość i niebezpieczeństwa towarzyszące drugim. Wiemy teraz, co można zostawić naturze, a co leczyć należy. — Szukajmy zatem środków leczniczych.

(*C. d. n.*)

Sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Israel. **O obmacywaniu nérek zdrowych i chorych.** (*Berl. klin. Wochensch. Nr. 7.*, rok bież.)

Na wstępie wskazuje autor na wielką doniosłość palpacyi nérek w przypadkach wątpliwych. Między innemi zwraca uwagę, że przy wyłuszczeniu nérki chorej, powinno się poprzód niewątpliwie wykazać obecność nérki drugiej. funkcyjonującej. Prawidłowo leżą nérki obok ostatniego kręgu piersiowego i trzech górnych kręgów lędźwiowych, a więc dolna tylko połowa nérek pokryta jest w okolicy lędźwiowej przez części miękkie. Wnęka nérki (*Hilus)* zwrócona nieco naprzód a dolny koniec leży bardziej na zewnątrz od linii środkowej niż górny. Prawa nérka leży o wysokość pół kręgà niżej niż lewa.

Jeżeli sobie wyobrazimy liniję, przebiegającą równolegle z liniją środkową ciała a łączącą środek więzadła Poupart'a z łukiem żebrowym, i jeżeli na dwa palce szerokości poniżej punktu przecięcia się linii tej z łukiem żebrowym złączymy w głąb, wtedy stanowczo natrafimy na nérkę prawidłową. Ta wskazówka jest wielkiej wagi.

Wymacanie nérki zdrowej nie zawsze jest możliwem. Potrzeba ku temu, aby podściółka tłuszczowa nie była zbyt znaczną, aby powłoki brzuszne nie były zbyt napięte (przez mięśnie lub gazy), aby ostatnie żebra nie leżały zanadto blisko brzegu kości biodrowej, potrzeba nareszcie, aby fizyjologiczne wypuklenie (Lordosis) dolnych kręgów piersiowych i górnych lędźwiowych było wybitnem, przez co nérka bardziej bywa zbliżoną do przedniej ściany brzusznej. Stosowanie uśpienia chloroformowego nie nadaje się dlatego, że wtedy lekarz

nie może korzystać z dowolnie głębokich oddechów badanego, co jest tu rzeczą bardzo ważną.

Oczywista, że każdą palpacyję nérek wyprzedzić powinno dokładne wypróżnienie jelita.

Pierwszym i najbardziej znanym sposobem jest oburęczna palpacyja nérki. Chory leży na wznak na stole, lekko zgięte kolana spoczywają na wałku. Jeżeli o prawą nerkę się rozchodzi, wtedy lekarz stoi po prawej stronie chorego, wsuwa swą lewą dłoń pod lędźwie chorego a prawą przykłada wprost naprzeciw lewej na powłoki brzuszne w ten sposób, iżby brzusiec palca środkowego (dłoni prawej wyprostowanej, równej) leżał o cal niżej punktu połączenia się dziesiątego żebra z łukiem żebrowym. Z chwilą wydechu uciska się delikatnie powłoki brzuszne, zatrzymując w pamięci wynik badania aż do drugiego wydechu, przy którym nieco głębiej wciska się dłoń i t. d., dopóki dolny brzeg nérki naprzód wypierany dłonią lewą nie dostanie się pod końce palców dłoni prawej. Dłoń ma zawsze leżeć płasko a badanie musi być bardzo ostrożne i delikatne.

D r u g i m sposobem jest sposób G u y o n'a, znany pod nazwą „Ballottement rénal.“ Przypuśćmy, że chodzi o nérkę lewą, wtedy lekarz stoi po lewej ręce (jak przy poprzedniej metodzie) chorego na wznak ułożonego, głęboko oddychającego. Prawą rękę wsuwa badający pod lędźwie a odpowiednie miejsce w powłokach brzusznych uciska zwolna ręką lewą. Jeżeli się teraz wykona kilka szybkich, regularnych, niezbyt silnych uderzeń ledźwi dłonią prawą, to wstrząśnienia te udzielają się nérce, leżącej na mięśniu quadratus lumborum, i uderzającej za każdem wstrząśnięciem o przednią wgniecioną ścianę brzuszną Końcami palców dłoni lewej można dokładnie wyczuć granice, w których uderzenia nérki wstrząsanej są jeszcze wybadalne, przez co i wielkość i jakość powierzchni nérki oznaczyć można. Oba powyższe sposoby, których nigdy nie należy pominąć, są czasem niedostateczne; dlatego też podaje autor swoję metodę.

Chory leży na boku, nie mającym być badanym, nogi w kolanach zgięte, oddycha powoli i głęboko. W tem położeniu nérka nieco naprzód opada i powłoki brzuszne wiotczeją. Jeżeli chodzi o wymacanie nérki lewej, to lekarz staje po przeciwnej, t. j. prawej stronie) zwrócony twarzą swoją do głowy chorego. Prawą dłoń kładzie (płasko) na lędźwie chorego. lewą dłoń na przednią ścianę brzuszną, tak, aby brzuśce palców, wskazującego i średniego, leżały poniżej (na szerokość dwóch palców) punktu połączenia się IX. i X. chrząstki żebrowej. Uciskając tedy okolicę lędźwiową ku przodowi, poleca się choremu głęboko oddychać, a w chwili, gdy głęboki oddech przechodzi w wydech, wypiera się zwolna dłonią powłoki brzuszne ku lędźwiom, wy-

konując równocześnie nieznaczne zgięcia i wyprostowania w stawach nadgarstko-falangowych.

Wtedy ześlizgują się brzuśce palców ponad dolny brzeg nérki w chwili, gdy nérka najniżej leży przy końcu wydechu i wyczuwają się podnoszenia nérki przy wdechu; właśnie te nieznaczne ruchy ułatwiają wyczuwanie nérki. Skoro raz wyczuliśmy dolny, najłatwiej dostępny brzeg pod palcami, wtedy można obmacać powierzchnię, korzystając z początku wydechu, kiedy nérka najniżej zestąpiła a po, włoki brzuszne najbardziej wiotkie.

Fakt o obniżaniu się nérki podczas wydechu, jest dla autora niewątpliwym, pomimo, że wielu klinicystów twierdzi, iż nérka jest nieruchomą i tem (t. j. nieruchomością) mają się nawet rożnić guzy nérki od guzów wątroby lub śledziony. Jeżeli tylko zrostów nie ma, to każda zdrowa lub chora nérka stanowczo podczas wydechu posuwa się ku dołowi.

Autor przytacza liczne, nader pouczające przykłady kamieni, nowotworów etc., nérkowych i pomyłek dyjagnostycznych, (którychby można uniknąć), wykazujących doniosłość palpacyi nérek za pomocą sposobów podanych powyżej.

Przypomniawszy trudności rozpoznawcze w tych przypadkach, gdzie guzy nerkowe zajmują znaną część jamy brzusznej, zwraca autor uwagę na to, że często ułożeniem chorego na stronie przeciwnej, można sprowadzić zesunięcie się guza ku dołowi (i wewnątrz) i wtedy mogą palce badające wcisnąć się między wątrobę (wzgl. śledzionę) i guz nerkowy.

Przytem twierdzi autor stanowczo, że guzy, nerkowe wbrew ogólnie przyjętemu zdaniu, aczkolwiek w małym stopniu, przecież są ruchome, (szczególniej guzy prawej nerki), okazując przy wdechu i wydechu wyraźne ruchy wstępujące i zstępujące.

Ważnym momentem rozpoznawczym jest wykazanie, że guz (nerkowy) leży po za jamą otrzewnową, że więc ponad nim przebiega kiszka gruba. Opukiwanie na nic się nie zda. Należy jelito wypróżnić przeciw gazom podać bismut a wreszcie wypełnić jelito grube powietrzem wpompowanem przez odbytnicę. Wtedy badając ostrożnie, można wykryć dokładnie postronkowatą, walcowatą okrężnicę w całej długości. Wykazanie jelita po stronie prawej dlatego bywa trudniejszem, że guzy tej strony wypychają często okrężnicę ku wewnątrz i ku dołowi, przytykając swą przodkową powierzchnią bezpośrednio do ściany brzusznej. Pochodzi to z odmiennego usadowienia się Mesocoli ascendentis.

Co do kształtu guza, to jego postać jajowata wcale za pochodzeniem nérkowem nie musi przemawiać. Kształt guza najmniejszą

ma wartość rozpoznawczą. Wszystkie powyżéj omawiane znaki rozpoznawcze, mają wartość przy guzach małych lub średnich; gdy guzy są znacznych rozmiarów, nie można wykazać pochodzenia lub związku z okolicą lędźwiową, gdyż nie można wykonać Ballottement rénal, nie można wykryć okrężnicy, ani kształtu nerkowatego, ani też odgraniczenia od organów w podżebrzach lub w miednicy małej położonych. Nawet i zasada, że guzy nerkowe w ogólności leżą po za jelitami a guzy jajnikowe przed jelitami, traci często na wartości, gdyż przy dużych guzach nerkowych, położenia jelita wcale wykazać nie można, a nadto jeszcze są znane przypadki, gdzie jelita położone były przed guzem jajnikowym (z powodu zrostów). Badanie najdokładniejsze *per vaginam* i *per rectum*, badanie moczu, nakłucie lub nacięcie próbne, anamneza co do początkowego usadowienia się guza, mogą w licznych przypadkach uchronić od pomyłki.

Na szczególniejszą uwagę zasługują te przypadki, gdzie wśród obserwacyi objętość guzów się zmienia, mianowicie nagle się zmniejsza z równoczesnem zwiększeniem się iłości moczu, jak to zauważył autor w dwóch przypadkach *Hydronephrosis* (*Intermittirende Hydronephrose*).

W dalszym ciągu wykazuje autor, że i guzy z wątroby pochodzące, mogą być pokryte jelitami, że zatem zasada, iż „pas odgłosu bębenkowego między guzem a między wątrobą nie wyklucza związku tegoż guza z wątrobą“, jest słuszną. Tylko wtedy, gdy się nam uda dostać się końcami palców między dolną powierzchnię wątroby a między górną pow. guza, możemy stanowczo wykluczyć guz wątroby. Ważnem jest i ten szczegół, że nadmiernie rozdęty pęcherzyk żółciowy zmienia położenie wątroby w ten sposób, iż lewy płat zwraca się ku górze a prawy ku dołowi, tak, iż brzeg prawego płatu mylnie może być wzięty za brzeg guza nerkowego; brak wszakże Ballottement rénal, które przy guzach pęcherzyka żółciowego nigdy wykonać się nie daje a tylko przy ogromnych guzach nérkowych brakuje, uchroni nas od pomyłki.

Co do rozpoznania jakości guza, to obmacywanie rzadko kiedy daje wyniki stanowcze. Czasem wykryć można pluskanie (*Hydatidenschwirren*) przy bąblowcach, rzadko uczucie tarcia przy *Pyelo-lithiasis*, jak to autorowi raz się udało, a wreszcie możność zmniejszania guzów przez ugniatanie, w razie, gdy zawierają ropę lub mocz. W tych to przypadkach uczucie chełbotania lub też chwilowa zmiana objętości guza, często zawodzą, jak to autor na przykładach wykazuje.

Tożsamo i gładkość kształtu lub przeciwnie nierówność guza, bardzo często małą mają wartość rozpoznawczą.

Dr. Pisek.

THOMAS. **O pożytku antypirezy.** (Wykład na zjeździe lekarzy i przyrodników w Kolonii). *Ref. w Centralblatt für klinische. Medicin, Nro. 13, r. b.*

Ze środków aptecznych, antyfebryn i antypiryn są szczególniej polecenia godne, a mianowicie w połączeniu z zabiegami wodoleczniczemi.

Indywidualizowanie chroni od przykrych ubocznych wpływów.

Rekonwalescencyja bywa krótszą, gdyż przebieg choroby korzystniejszy.

Antypireza usuwa, względnie zmniejsza szkodliwy wpływ zakażenia na mózg, a pobudzenie układu nerwowego, jeden z głównych celów hidroterapeutycznych zabiegów, osiąga się łatwiej przy równoczesnem stósowaniu antypirezy aptecznej.

Ewentualne szkodliwe działania na mózg, serce i t. d., muszą być odpowiednio za pomocą środków podniecających zwalczane, jak to przy hidroterapii się czynić zwykło.

Swoiste działanie antypirezy na zakażenie (jad) nie jest udowodnionem, choć możliwem. *Dr. Pisek.*

Chirurgija.

HOFMOKL (Wiedeń). **Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura und der Lungen.**

Zasady terapii chorób płuc i opłucny są jeszcze dość chwiejne, pomimo znacznego postępu na tem polu, zwłaszcza w ostatnich lat dziesiątkach. Ażeby módz dojść do pewnych stanowczych wniosków w tym względzie, powinni chirurgowie porozumiewać się zawsze z internistami a materyjał większych szpitali powinien być skrzętnie w tym celu zużytkowywanym. H. obserwował 60 przypadków, w których przeważnie sam wykonał większe operacyje na klatce piersiowej; przypadki w których wykonał punkcyję klatki piersiowej, pomija autor w niniejszej pracy. Wysięki surowicze i ropne opłucny, powikłane z nagromadzeniem się powietrza w jamie opłucnowej lub bez tego powikłania, są najczęstszemi chorobami klatki piersiowej, wymagającemi zabiegu chirurgicznego; dalej nagromadzenie się krwi w klatce piersiowej w skutek urazu, ropnie płuc, zgorzelina oskrzeli, jamy gruźlicze, ciała obce, bąblowce i nowotwory płuc. Autor jest gorącym zwolennikiem nakłucia klatki piersiowej wobec uporczywych wysięków surowiczych opłucny, tj. nie ustępujących po 5-cio tygodniowem trwaniu; przy zaniechaniu nakłucia i wypuszczenia treści jamy opłucnowej, ściany opłucny twardnieją i grubieją, a w skutek tego uciśnięte płuca

nie może się już więcej rozwinąć do pojemności pierwotnej i płyn nagromadza się ponownie. Ustąpienie samoistne podobnych wysięków zdarza się wprawdzie, należy jednak do rzadkości.

Nakłucie klatki piersiowej należy wykonać aseptycznie; jako najstósowniejsze narzędzie do wykonania nakłucia poleca H. swój trójgraniec, opisany w innej pracy. O chirurgicznem leczeniu surowiczych, ropnych i krwawych wysięków opłucnowych. (*Wiener Klinik* 1883). Przy użyciu trójgrańca autora, unika się najpewniej krwotoku i rozdarcia opłucny, co miało już miejsce przy użyciu aspiratorów. Miejscem najstósowniejszem wkłucia igły trójgrańca, jest według autora 7my lub 8my przestwór międzyżebrowy, przy otorbionych wysiękach zaś wskazuje nam miejsce wkłucia położenie wysięku. Ilość wypuszczonego płynu powinna zależeć od stanu chorego; przy objawach podrażnienia serca albo płuc, należy natychmiast wstrzymać dalszy odpływ płynu.

Lewostronne wysięki wymagają większej ostrożności ze strony operującego, z powodu przydarzającego się zajęcia worka osierdziowego, dalej z powodu naciągnięcia i uciśnięcia większych naczyń sercowych przy znacznych wysiękach i wynikających stąd przeszkód w oddychaniu i krążeniu. Podczas wypuszczania takich wysięków lewostronnych, występują stosunkowo częściej mdłości, duszność i ból w okolicy serca. Przypadłości te można do pewnego stopnia zmniejszyć, przerywając od czasu do czasu wypływ.

Tylko przy wystąpieniu nader gwałtownych napadów duszności, przy osłabieniu tętna, nagłym i bardzo silnym kaszlu, dalej przy pojawieniu się krwi przy kaszlu, należy natychmiast wypływ wysięku zastanowić.

Ropnych wysięków nigdy nie należy usuwać nakłuciem, osobliwie zaś wobec nagromadzenia powietrza w jamie opłucnowej, gdyż w miejscu nakłucia występuje zazwyczaj w takich razach zgorzelinowe zapalenie tkanki podskórnej. Wysięki krwawe do jamy opłucnowej po urazach powstałe, ustępują zazwyczaj przy postępowaniu wyczekującem. Tylko wobec wystąpienia objawów gorączkowych, duszności i bólu, należy przystępować do nakłucia takich wysięków. Wobec wysięków ropnych, stosuje większość chirurgów otwarcie klatki piersiowej, po największej części połączone z resekcyją kawałka żebra. Niektórzy chirurgowie kładą nacisk na to, ażeby przy tym zabiegu powietrze nie dostawało się do klatki piersiowej; ta skrupulatność zdaniem autora jest zbyteczna, a zachowanie takiej ostrożności wprost niemożliwem. Również zbytecznem jest zanurzać dren we flaszce podstawionej, napełnionej płynem przeciwgnilnym; opatrunek antysepty-

czny z materyjału dobrze chłonącego wydzielinę ranną, jest najodpowiedniejszym; takowy chroni też ranę najlepiej od zakażenia zewnętrznego.

Przestrzykiwanie jamy opłucnowej płynem przeciwgnilnym ($1^0|^0$ roztwór salicyl, $2^0|_0$ karbol) jest według autora wskazanem tylko wobec wysięków cuchnących, posokowatych; przy zwykłych ropnych wysiękach, zabieg ten jest zbytecznym; ranę należy pokryć tylko dobrze wsysającym opatrunkiem przeciwgnilnym. H. używa natomiast przy długotrwałych ropieniach wstrzykiwań zawiesiny jodoformu w glicerynie ($5—10^0|_0$), w ilości 100—150 grm.; po takiem wstrzyknięciu część zawiesiny pozostaje w klatce piersiowej. Również poleca H. w odpowiednich przypadkach wstrzykiwania 10—20 gramów $10^0|_0$ eteru jodoformowego. Wstrzykiwania takie należy powtarzać rzadko; po wstrzyknięciu eteru należy zatkać dobrze ranę, ażeby pył jodoformu przez ulotnienie szybkie eteru wypełnił dokładnie wszystkie zaułki jamy opłucnowej.

Nacięcie klatki piersiowej daje złe wyniki u osób gruźliczych; żaden podobny przypadek autora nie zakończył się pomyślnie, jakkolwiek chwilowo chorzy doznali ulgi. Resekcyi żeber a tem bardziej operacyi E s t l a n d e r a nigdy nie należy wykonywać u osób dotkniętych skazą gruźliczą. Co do operacyi E s t l a n d e r a (tj. resekcyi części klatki piersiowej), to H. nie ma własnego doświadczenia w tej mierze.

W jednym przypadku, w którym wyciął po 10 ctm. z dwóch żeber, wynik był niekorzystnym. Jeden przypadek H. poucza, że nawet wobec przebicia wysięku ropnego opłucny do płuc, nacięcie klatki piersiowej jest usprawiedliwionem, jeżeli ropienie mimo to nie ustępuje.

W jednym przypadku zgorzeliny oskrzeli i w jednym ropnia przedopłucnowego, osiągnął autor wyniki korzystne przez zastósowanie resekcyi i termokauteru Paquelina, (w pierwszym przyp. wyleczenie, w drugim polepszenie).

Bardzo interesownymi były przypadki *pyothoracis*, powstałe wskutek *perityphlitis* a względnie *peritonitis*. Chorzy ci zmarli wskutek *peritonitis*. W jednym przypadku nastąpiło przy *pyothorax* przedziurawienie przepony z następowem zapaleniem otrzewny, w 3 przypadkach nastąpiło przedziurawienie przepony wskutek *peritonitis* z następowem *pyothorax*.

W jednym przypadku nastąpiło podczas operacyi przedziurawienie płuca, dlatego operacyję szybko zakończono; chory ten wyzdrowiał; w jednym przypadku powstał dość silny krwotok z opłucny i równocześnie krwotok płucny; krwotoki te ustały po zastósowaniu

przyrządu ochładzającego kauczukowego i po wstrzyknięciu podskórnem ergotynu, jakoteż po podaniu wewnętrznem naparstnicy i przestrzykaniu rany słabym roztworem półtorachlorku żelaza.

Następują historyje chorób 60 ciu przez autora obserwowanych przypadków (patrz oryginał).

42 z tych przypadków dotyczyło mężczyzn, a 18 kobiet; z tych 25 przypadków dotyczyło dzieci w wieku od 1—10 lat, 23 przypadki osób w wieku od 20—40 lat. Wiek dziecięcy (od 1—10 lat) i wiek od 20—40 lat, stanowiły największy kontygent chorych.

Co do rodzaju chorób, które dały powód do wykonania zabiegu, to takowe dadzą się ugrupować w następujący sposób:

w jednym przypadku mięsak opłucny;
„ 1 przypadku *pyothorax* po zranieniu opłucny;
„ 2 przypadkach *pyothorax po peritonitis*;
„ 2 „ zgorzel płuc;
„ 7 „ *pyothorax* po *pleuropneumonii* przy ostrych chorobach wysypkowych, a mianowicie: 4 razy po odrze, a 3 razy po płonicy;
„ 35 „ *pyothorax* po pleuropneumonii i zapaleniu opłucny — bez możności wykazania skazy gruźliczej i
„ 12 „ *pyothorax* po zapaleniu opłucnej na tle gruźliczem.

Na 60 przypadków 33 razy dotyczyła choroba strony lewej a 26 razy prawej, w jednym tylko były obie strony zajęte. W 41 przypadkach resekowano kawałek żebra, w jednym dwóch żeber; w 18 wykonano *thorakoincisionem.* W 7 przypadkach nacięcia klatki piersiowej znajdowała się przetoka opłucnowa przed operacyją.

W 24 przypadkach wypiłowano siódme żebro, w 6-ciu ósme, w 3 szóste, a w 2 dziewiąte. Ilość wypuszczonego płynu wynosiła od 5000 do 100 grm.

Co się tyczy ostatecznych wyników, to w 26 ciu przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie bez przetoki, w 3 z przetokami, 3 przypadki pozostają w leczeniu, a w 28 nastąpiło zejście śmiertelne. Przyczyną śmierci była w 13 przypadkach gruźlica płuc i innych narządów, w 6-ciu zapalenie płuc, w 3-ech ropne zapalenie osierdzia i śródsierdzia, w 3-ch zapalenie otrzewny, w 1-nym skrobiowe zwyrodnienie wewnętrznych narządów (wyniszczenie), w jednym porażenie serca, w jednym nowotwór.

Z 28 przypadków wyleczonych, w 17 pewnie nie zauważono skrzywienia bocznego kręgosłupa, w reszcie przypadków nie zwrócono na kręgosłup uwagi.

Czas trwania leczenia w przypadkach zupełnie korzystnych. wynosił od 6—8 tygodni, w mniej korzystnych od 3—9 miesięcy.

(*Klinische Zeit- und Streit-Fragen. III. Band, 6 Heft, 1889*).

Dr. Barącz.

T. Vincent Jacson. **Statystyka cięcia bocznego i cięcia środkowego na kamień w szpitalu Wolverhampton i Staffordshire, od 1864 — 1888 roku.**

W szpitalu tym wykonano we wspomnianym czasie 132 litotomije (różni operatorowie) na dzieciach płci męzkiej, w wieku od 1 do 18 lat będących; z tych 70 litotomij wykonano na dzieciach pomiędzy rokiem 1 a 5, z 2 zejściami śmiertelnemi, a 47 na dzieciach pomiędzy rokiem 6 życia a 10, również z 2 zejściami śmiertelnemi. Śmiertelność ogólna więc wynosiła pomiędzy 3 a 4%.

(*The Lancect, August, 24, 1889.*) *Dr. Barącz.*

Drobiazgi terapeutyczne i pzepisy lekarskie (recepty).

Sapka (*Rhinitis acuta*) ma ustępować rychło po użyciu wonidła podług następującego przepisu:

Rp. Acidi acetic 2·00
Acidi carbolic 2·00
Mixt. oleoso balsamic 8·00
Tinct. moschi 1·00

M.D.S. Do wąchania.

Lichen ruber. planus (cztery przypadki) przytacza Dr. K. Herzheimer z Frankfurtu i podaje, że wyleczył takowe zupełnie za pomocą 10% roztworu chryzarobiny z traumatycyną, zastosowując środek ten dwa razy na tydzień. Zmiany chorobowe na błonach śluzowych pędzlował 10% roztworem sublimatu. Recydywa nie nastąpiła w żadnym przypadku.

(*Berliner klin. Wochenschr.*) *Dr. Bett.*

Czopki glicerynowe przeciw zaparciu stolca.

Zamiast dotąd zalecanych i używanych wstrzykiwań gliceryny do odbytnicy, poleca Dr. Boos czopki (*suppositoria*), zawierające 1—2 grm. gliceryny. Czopki te mają bowiem działać zupełnie tak samo, jak zachwalane przez czas dosyć długi wstrzykiwania gliceryny.

(*Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte*). *Dr. Bett.*

KRONIKA.

Dr. Józef Merunowicz, były c. k. lekarz powiatowy I. klasy i były zastępca podczas długiej choroby i po śmierci ś. p. protomedyka Dra Biesiadeckiego, został odręcznem pismem cesarskiem z dnia 4. sierpnia b. r. mianowany c. k. radcą namiestnictwa, został więc jako dotychczasowy zastępca protomedyka, zamianowany i zatwierdzony jego następcą.

Nominacyja Dra Merunowicza radcą namiestnictwa zrobiła w szerokich kołach lekarskich jak najlepsze wrażenie. Wiadomo bowiem powszechnie, że Dr. Merunowicz, który przez cały szereg lat jako koncepista sanitarny, potem jako lekarz powiatowy II. i I. klasy, pracował w biurze sanitarnem namiestnictwa przy boku ś. p. Dra Biesiadeckiego, zna sprawy sanitarne kraju naszego najlepiej ze wszystkich kandydatów, którzy na tę posadę się podali lub którzy przez namiestnika mieli być powołani.

Jako wieloletni współpracownik i towarzysz biurowy ś. p. Dra Biesiadeckiego, zna Dr. Merunowicz potrzeby sanitarne krajowe, zna braki wszelkie w takowych, zna wreszcie i sposoby, jakimi ś. p. poprzednik chciał owym brakom i potrzebom zaradzić i w tym kierunku działać nie przestanie, będzie to więc niejako ciągiem dalszym i jednolitym wielkiego organizatorskiego i reformatorskiego dzieła na polu sanitarnem krajowem, na którem wiele już zdziałano, lecz jeszcze bardzo wiele do zrobienia pozostaje.

Dr. Merunowicz zna nadto potrzeby stanu lekarskiego w ogóle również bardzo dokładnie, brał bowiem zawsze w sprawach dotyczących godności i interesów stanu lekarskiego bardzo żywy udział.

Aczkolwiek sam nie oddawał się wiele wykonawstwu zawodowemu i o praktykę się nie ubiegał, to przecież przeciw niegodnym sposobom ubiegania się za takową przez niektóre sfery lekarskie, występował zawsze w sposób stanowczy, godny a przytem i życzliwy, przez co okazał wielką dbałość o honor i interesa stanu lekarskiego.

Działanie Dra Merunowicza w tym kierunku, jest członkom sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. bardzo dobrze znane i nie wyjdzie rychło z pamięci. W życiu naukowem sekcyi lwowskiej brał Dr. Merunowicz także zawsze bardzo żywy udział, bywał prezesem tej sekcyi i wygłaszał na posiedzeniach naukowych sekcyi bardzo interesujące wykłady, z których streszczeniem niekiedy i w naszem czasopiśmie czytelnicy spotkać się mogli.

Że Dr. Merunowicz posiada nadto bardzo rozległe wykształcenie lekarskie, był bowiem asystentem kliniki lekarskiej w Krakowie i miewał tamże wykłady z zakresu medycyny wewnętrznej, poczem pracował przez czas dłuższy w pracowni fizyjologicznej w Lipsku z zamiarem poświęcenia się karyjerze naukowej, o tem powszechnie wiadomo.

Że jako wieloletni sekretarz jeneralny Tow. lek. galic. zna Dr. Merunowicz dokładnie potrzeby tego Towarzystwa, jakoteż związanego z niem funduszu wdów i sierót po lekarzach — także ogólnie wiadomo — a ponieważ w sprawach odnośnych był Dr. Merunowicz bardzo gorliwym pracownikiem, więc i na tem polu spodziewać się możemy i nadal dobroczynnego wpływu i działania nowego protomedyka.

Że i na polu ekonomicznem, przemysłu lekarskiego i aptekarskiego etc., potrafi Dr. Merunowicz wiele i skutecznie pracować, dał dowody roku zeszłego, gdyż tylko dzięki Jego wnioskowi a potem wytrwałej pracy i energii, przyszła do skutku wystawa higijeniczno-lekarska i przyrodniczo dydaktyczna, która jeżeli przyniosła jakie korzyści, jest zasługą Dra Merunowicza.

Potrzebę różnych reform, jakoteż zaprowadzenia różnych nowych instytucyj, uznaje Dr. Merunowicz o ile nam wiadomo; ponieważ jest nadto w całej pełni siły i energii męzkiej, liczy bowiem dopiero 40 lat (urodzony w roku 1849 w Czerniowcach), a wreszcie, ponieważ jest, jak wiadomo i bardzo pracowitym, przeto we wszystkich kierunkach jest nowy protomedyk siłą znakomitą i dla tego przywiązujemy do nominacyi Jego w ogóle bardzo wielkie znaczenie i bardzo się nią cieszymy, mamy bowiem uzasadnioną nadzieję, że jako szef sanitarnych spraw krajowych, z taką rutyną i z takimi warunkami, pokieruje naszą nawą sanitarną znakomicie, a nadto wpływać będzie korzystnie i dobroczynnie także i na potrzeby ogółu naszego stanu, w czem wszyscy dobrze myślący powinni popierać nowego protomedyka i niezawodnie popierać Go będą, aby w ten sposób umocnić wpływ i znaczenie osobiste protomedyka wobec władz równorzędnych lub przełożonych.

Ciesząc się z tej nominacyi życzymy nowemu protomedykowi, a przez to i całemu krajowi i stanowi naszemu, aby zamiarów, reform i organizacyj potrzebnych dokonać mógł, w czem wspierać Go wszelkiemi siłami, poczytywać sobie zawsze będziemy za obowiązek.

Przeniesienia i nominacyje.

J. Exc. pan Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych II. klasy: Dra J. Januszkiewicza w Pilźnie, Dra K. Wolańskiego w Stanisławowie i Dra A. Krzyształowicza w Dolinie, lekarzami powiatowymi I. klasy; koncepistę sanitarnego Doc. Dra. S. Ponikło w Krakowie przeniósł na etat lek. pow. II. klasy; dalej zamianował asystentów sanitarnych: Dra. A. Tarnawskiego w Kosowie, Dra Z. Dzikowskiego w Podhajcach, Dra T. Wasylewskiego w Rohatynie, Dra J. Jabłońskiego w Cieszanowie i Dra Hirschlera w Bóbrce, lekarzami powiatowymi II. klasy, pozostawiając wszystkich na dotychczasowych miejscach służbowych. Asystenta sanitarnego Dra Z. Lachowicza zamianował pan Namiestnik koncepistą sanitarnym namiestnictwa a Dra J. Sopińskiego, lekarza obwodowego w Bihaczu w Bośnii, Dra S. Balickiego w Krakowie, Dra M. Kramarzyńskiego w Kolbuszowy, Dra E Witkowskiego w Szczurowy, Dra W Głowińskiego w Sołotwinie, Dra B. Grünhauta, lekarza miejskiego w Sanoku i Dra W. Żelazowskiego w Krakowie, asystentami sanitarnymi z przeznaczeniem do służby przy następujących władzach: Dra Sopińskiego w Żydaczowie, Dra Balickiego w Starem-mieście, Dra Kramarzyńskiego w biurze sanitarnem w namiestnictwie, Dra Witkowskiego w Żywcu, Dra Głowińskiego w Nadwórnie, Dra Grünhauta w Trembowli i Dra Żelazowskiego w Rudkach. W końcu przeniósł pan Namiestnik lekarzy powiatowych: Dra Pietrzyckiego z Brodów do Brzeska, Dra Jendla ze Starego-miasta do Brodów i asystenta sanitarnego Dra Wyszatyckiego z Nadwórny do Ropczyc, wszystkich trzech na własną prośbę.

Nominacyje powyższe wypadły za rządów nowego protomedyka i przyznajemy to z przyjemnością, wypadły bardzo sprawiedliwie i pomyślnie. Personal lekarski rządowy pomnożono o sześć posad, a nadto do biura sanitarnego w namiestnictwie przydzielono, nie jak dawniej było, jednego, ale dwóch lekarzy, t. j. na miejsce, które dawniej zajmował obecny protomedyk sam, powołano Dra Lachowicza, a nadto jeszcze przydzielono do biura sanitarnego Dra M. Kramarzyńskiego. Kolega Dr. Z. Lachowicz, były lek. prak. w Jaworowie a potem asystent sanitarny w Żydaczowie, jest sympatycznie ogólnie znanym kolegą i jest i dla biura sanitarnego i dla Lwowa i dla kolegów

nabytkiem bardzo pożądanym; również i kolega Dr. M. Kramarzyński, który praktykował przez wiele lat w Kolbuszowy, gdzie zjednał sobie ogólny szacunek i sympatyję, jest i dla biura sanitarnego i dla Lwowa i dla kolegów akwizycyją bardzo dobrą.

Projekt organizacyi służby zdrowia po gminach, ma być jako wniosek rządowy przedłożonym na najbliższej sesyi sejmowej. Czas już najwyższy, aby ta ważna sprawa doczekała się nareszcie i w naszym kraju załatwienia.

Opróżnione posady. Wskutek przeniesienia się lekarzy ze Sołotwiny i ze Szczurowy na posady rządowe, są do obsadzenia posady: w Sołotwinie lekarza skarbowego z pensyą 500 złr. i opałem; jakoteż w Szczurowy, co do warunków której udziela wszelkich wyjaśnień zarząd apteki w Szczurowy (powiat Brzesko), poczta w miejscu.

Mattoniego znane powszechnie wyciągi borowinowe (sól i ług) służące do przyrządzania kąpieli borowinowych i żelazistych w domu, a używane w chorobach kobiecych, doczekały się w ostatnich czasach kilku poważnych rozpraw: Dra Krausa, Dra Liebera i Dra Mohra, w których na podstawie doświadczenia i teoryi naukowej, zalecają wyciągi borowinowe francensbadzkie (sól i ług) jako znakomity środek leczniczy nietylko w wielu chorobach kobiecych, ale także i w wielu chorobach dziecięcych.

Pharmacopoea austriaca, wydanie VII, zostało już rozesłane. Nowa farmakopeja będzie obowiązywać dopiaro od 1-ego Stycznia 1890.

Mamy zamiar umieścić w sprawie zmian w farmakopei artykuł, dziś nadmieniamy tylko, że J. R Angermayer, aptekarz w Salzburgu (St. Johanns-Spitals-Apotheke) zestawił ważniejsze zmiany we farmakopei, obchodzące lekarzy praktykujących i wydał w kształcie małej broszurki (format szesnastki, stron 23), którą na życzenie każdego lekarza *przesyła gratis* i franco.

Kolej państwowa wprowadziła w ruch z dniem 1. czerwca pociągi kąpielowe, ułatwiające podróż ze Lwowa do krajowych zdrojowisk na zachód od Lwowa położonych. Pociąg wyjeżdżający ze Lwowa o godzinie 5 i minut 50 rano (zegar lwowski) dotyka w swym biegu obu zdrojowisk podkarpackich, t. j. Rymanowa i Iwonicza, dalej starego Sącza, Szczawnicy i Żegiestowa, i staje w Muszynie Krynicy o godzinie 7 i minut 12 tego samego dnia wieczorem, bez zmianywagonów. Do Chabówki (Zakopane) i Rabki, wyjeżdża się ze Lwowa o godzinie 8minut 55 wieczorem (zegar lwowski) a staje bez zmiany wozów w Chabówce nazajutrz o godzinie 11 i minut 51 przedpołudniem.

Do szanownych pp. Prenumeratorów.

Upraszamy o łaskawe nadsyłanie przedpłaty za bieżące półrocze, tych zaś pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za półrocza ubiegłe, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków. *Administracyja „Wiadom. lek.“*